

ESSAI

N^o 201.

SUR

LA STOMATITE PSEUDO-MEMBRANEUSE;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 9 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine;*

PAR CHARLES-HENRI-NARCISSE LANSORNE, de Doullens,
Département de la Somme ;

Bachelier ès-lettres ; Bachelier ès-sciences ; ancien Élève de l'École
pratique et des hôpitaux civils d'Amiens et de Paris.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n^o. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	MESSIEURS
Anatomie	CRUVEILHIER, <i>Examinateur.</i>
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	{ MARJOLIN, <i>Président.</i>
	{ ROUX.
Pathologie médicale	{ FIZEAU.
	{ FOUQUIER, <i>Examinateur.</i>
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, <i>Suppléant.</i>
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	{ CAYOL.
	{ CHOMEL, <i>Examinateur.</i>
	{ LANDRÉ-BEAUVAIS.
	{ RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	{ BOUGON.
	{ BOYER.
	{ DUBOIS.
	{ DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MESSIEURS	MESSIEURS
BAUDELOCQUE.	DUELED.
BAYLE.	DEBOIS.
BERARD.	GERDY.
BLANDIN, <i>Suppléant.</i>	GIBERT.
BOUILLAUD.	HATIN.
BOUVIER.	LISFRANC.
BRIQUET.	MARTIN SOLON.
BRONGNIART.	PIORRY.
CLOQUET.	ROCHOUX.
COTTEREAU.	SANDRAS, <i>Examinateur.</i>
DANCE.	TROUSSEAU, <i>Examinateur.</i>
DEVERGIE.	VELPEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

P A T R I.

M A T R I.

Pauca pro multis.

C.-H.-N. LANSORNE.

A MON ONCLE

ET

A MA TANTE.

*J'aurais , au besoin , trouvé en eux un second père et une
seconde mère.*

C.-H.-N. LANSORNE.

ESSAI

SUR

LA STOMATITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

L'AFFECTION qui fait le sujet de cet essai a été long-temps regardée comme gangréneuse ; on l'a confondue, sous le nom de *gangrène de la bouche*, avec une autre maladie bien plus grave, qui seule doit conserver cette dénomination. Plusieurs des circonstances dans lesquelles on la voit surgir, et quelques-uns de ses symptômes lui ont valu les noms de *gangrène scorbutique des gencives*, d'*ulcères scorbutiques de la bouche*. On a dit *stomacace* (de *στόμα*, bouche, et *κακον*, mauvais) à cause de la puanteur de l'haleine qui l'accompagne ; *chancre aquatique*, en raison de sa tendance à gagner les parties voisines, et de l'aspect des liquides qui sortent de la bouche (1). C'est le *fegar* des Espagnols. M. Bretonneau a créé le mot *diphthéríte*, qui lui est commun avec les angines couenneuse, pharyngienne et laryngo-trachéale.

Les noms de *stomatite couenneuse*, *stomatite pseudo-membraneuse*, sous lesquels on décrit aujourd'hui cette affection, présentent cet avantage,

(1) *Nostrates malum hoc cancrum aquaticum (water cancer) solent vocare, quia cancri instar exedit omnia, et jugis talis salivæ fluor adest.* (VAN-SWIËTEN, in HERM. BOERHAAVE, *Aphorism.*)

qu'ils la séparent de la maladie avec laquelle on l'a souvent confondue, en rappelant son caractère essentiel, la formation de fausses membranes recouvrant des tissus restés sains, ou qui du moins ne sont pas, comme on l'a cru long-temps, et comme il arrive dans d'autres cas, envahis par la gangrène, désorganisés, mortifiés.

S'il est vrai qu'aucun âge ne mette à l'abri de la stomatite couenneuse, il est infiniment plus ordinaire de la voir attaquer les enfans, particulièrement de cinq à douze ans. Chez ceux qui sont encore à la mamelle, elle envahit rarement une grande étendue. Le sexe, comme on devait le pressentir, ne paraît pas avoir d'influence sur son développement ; mais elle sévit surtout sur ceux qui ont été déjà affaiblis par des affections scrophuleuses ou scorbutiques, ou par des maladies éruptives nombreuses. Une température froide et humide favorise aussi son apparition, bien qu'aucune saison n'en soit exempte. La malpropreté, les alimens insalubres, un régime uniforme peut-être, surtout peu réparteur ; un air humide non renouvelé, telles sont les causes, toutes essentiellement débilitantes auxquelles on l'attribue le plus ordinairement. On l'observe le plus souvent dans les réunions d'individus, et surtout d'enfans, sains ou malades ; dans les hospices d'orphelins, dans les hôpitaux réservés à l'enfance, dans les écoles, les casernes, etc. C'est surtout dans ces lieux qu'on la voit régner épidémiquement ; il ne paraît pas qu'elle soit contagieuse.

Dans la plupart des cas, les premiers symptômes du mal demeurent inaperçus, à cause de leur peu de gravité ; mais si l'éveil est donné, si, par exemple, la maladie règne épidémiquement, on peut observer sur la muqueuse buccale d'abord un pointillé rouge, généralement peu intense, disposé par taches ou par stries, sans qu'il y ait tuméfaction remarquable de la membrane. Alors seulement arrivent les phénomènes qui, pour l'ordinaire, appellent l'attention : l'engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires, et le gonflement du tissu cellulaire qui les entoure, la gêne de la déglutition qui en résulte, et la douleur produite par le contact des alimens, et plus encore des substances excitantes. On examine l'intérieur de la bouche,

et l'on voit sur les gencives , sur la face postérieure des lèvres , vers leur commissure , ou sur la paroi interne de l'une des joues , presque toujours à droite ; ou bien encore à la pointe ou au pourtour de la langue des points d'un blanc grisâtre , de forme oblongue ou irrégulièrement arrondis , quelquefois tout à fait ronds , et ressemblant alors parfaitement à des aphthes , mais s'en distinguant par l'absence de petites vésicules. Ces points , d'abord isolés , s'élargissent , se touchent , se réunissent , et finissent souvent par ne plus former qu'une seule plaque. En même temps l'haleine devient fétide ; les parties qui sont le siège du mal ont augmenté de volume , et laissent échapper , à la moindre pression , un sang peu consistant , d'un rouge livide , qui se mêle à la salive sécrétée plus abondamment , et la rend sanieuse. Ces circonstances ne contribuent pas peu à l'erreur de diagnostic que nous avons signalée. On sera encore plus porté à croire à la gangrène , si , comme il arrive souvent , les plaques occupant la joue , au lieu de rester superficielles , viennent à s'enfoncer plus ou moins profondément , par suite du gonflement qu'acquièrent les tissus qui les environnent. On dirait alors qu'un véritable ulcère corrode les parties , et va bientôt les perforer entièrement ; ses bords rouges , irrégulièrement découpés et saignans , son centre , dont la couleur est altérée par la sanie qui le recouvre , ou par les portions de tissu muqueux que laissent entrevoir les lambeaux détachés de fausses membranes , tout concourt pour en imposer à un œil peu attentif. L'aspect du mal varie d'ailleurs selon le lieu qu'il occupe , et ce n'est pas seulement par extension des plaques qu'il se propage : ainsi , il peut arriver qu'une tache blanche , siégeant sur la face interne de la lèvre , donne naissance à une tache pareille sur la gencive correspondante , *et vice versa*. Mais de quelque manière que celle-ci soit prise , que ce soit primitivement ou par contact , la forme des concrétions devient bientôt remarquable : du côté des dents , elles présentent des crénelures pareilles à celles de la gencive elle-même ; sur l'autre bord , elles sont séparées des tissus sains par une bande d'un rouge livide , saillante et boursoufflée , d'où la moindre pression fait sortir un sang

noir qui, mêlé au tartre devenu plus abondant, recouvre souvent cette surface d'un enduit roussâtre, d'une boue épaisse et sanieuse : bientôt les gencives se décollent, les productions couenneuses s'étendent davantage ; elles pénètrent jusque dans la sertissure des dents ; celles-ci deviennent vacillantes : il n'est pas rare d'en voir tomber quelques-unes. Presque toujours aussi la joue, en augmentant de volume, vient à presser contre l'arcade dentaire, et celle-ci y imprime la marque de son bord sinueux ; aussi est-ce principalement sur cette partie de la joue étendue de la commissure des lèvres jusqu'en arrière des dernières molaires que l'on voit se développer les prétendus ulcères dont nous avons parlé. Au pourtour de la langue, voici ce qu'on remarque : d'abord un gonflement suivi de la ponctuation blanchâtre plus ou moins régulière indiquée plus haut ; puis, lorsque les taches se sont réunies, la fausse membrane se présente sous forme d'un liséré inégal, dentelé, qui, en se décollant par fragmens, laisse voir la membrane muqueuse intacte, à côté d'un point encore recouvert de cette concrétion. Ici, plus que sur les autres points, les productions couenneuses semblent se renouveler promptement. — Il vient un moment où la bouche, entr'ouverte, laisse continuellement échapper les liquides les plus infects, où l'haleine est des plus repoussantes ; le gonflement des ganglions lymphatiques est plus considérable ; la face est elle-même tuméfiée et parfois très-rouge.

Quoique la douleur soit peu vive, il survient ordinairement un trouble général qui, d'ailleurs, est en rapport avec l'intensité des symptômes locaux : accélération du pouls, céphalalgie, anxiété, privation de sommeil, perte d'appétit ; il peut aussi se développer d'autres phénomènes qui font reconnaître des complications diverses ; bronchite, pneumonie, phlegmasies gastro-intestinales, etc.

Après quelques jours d'une marche toujours croissante, on voit le gonflement diminuer, quoique la rougeur paraisse s'étendre sur une plus large surface. Il arrive alors, ou que les fausses membranes commencent à être résorbées, ou que cette résorption n'ayant pas lieu, la maladie passe à l'état chronique. La terminaison par gangrène n'est

pas impossible ; et l'on a vu l'inflammation conenneuse être suivie de mortification complète dans un point , en même temps qu'ailleurs la résorption avait lieu. Celle-ci peut commencer par le centre des plaques ou par leur bord ; mais c'est presque toujours sur la ligne due à l'impression des dents que les fausses membranes persistent le plus longtemps.

Quoique j'aie cherché à n'omettre dans ce qui précède aucun des symptômes qui se rencontrent dans cette affection , je dois , pour éloigner toute cause d'erreur , rappeler les caractères par lesquels s'en distinguent plusieurs maladies qu'on pourrait jusqu'à un certain point confondre avec elle.

La stomatite mercurielle présente bien , comme celle qui nous occupe , avec la fétidité de l'haleine , des productions conenneuses dont l'aspect pourrait en imposer ; mais ici , dès le début , le mal est moins circonscrit ; il envahit les deux côtés de la bouche , ce qui est excessivement rare dans la stomatite non mercurielle. Des érosions multipliées et peu étendues ont précédé l'apparition de cet enduit concret. Il est aussi plus adhérent ; on ne le voit pas se soulever en formant des expansions lichénoïdes , bien moins encore figurer des membranes et simuler un tissu organique. Mais ce qui doit faire cesser toute incertitude , c'est la connaissance presque toujours facile à acquérir des circonstances antécédentes , l'administration des préparations mercurielles. J'ajoute que la salivation a presque toujours précédé ; dans la stomatite conenneuse , elle ne paraît pas d'abord.

La véritable gangrène de la bouche , comme nous l'avons dit , vient quelquefois à la suite de la stomatite couenneuse. M. *Bretonneau* l'a vue un assez grand nombre de fois succéder à une maladie de cette cavité ; à la carie de la racine d'une dent molaire , d'où résultait la nécrose du bord alvéolaire , etc. Cependant elle est ordinairement primitive ; mais alors , outre que sa marche très-prompte ne permet guère de l'observer dès son début , ce qu'on trouve dans les auteurs est peu propre à la faire reconnaître quand on serait appelé à temps. En effet , selon *Van-Swiéten* , elle commence par une sensation de

chaleur, de douleur ou de chatouillement; le plus léger contact fait sortir le sang des gencives, et bientôt, sur plusieurs point à la fois, paraissent des taches blanches, à circonférence rouge et enflammée, auxquelles il faut apporter promptement remède, si l'on ne veut voir le mal envahir non-seulement les parties molles, mais les os eux-mêmes.

D'après M. *Isnard*, la gangrène débute par une ulcération superficielle, rarement multiple de la membrane muqueuse de la joue ou des lèvres, blanchâtre, peu étendue, nullement douloureuse, n'incommodant en rien les enfans, qui continuent à manger et à se livrer à leurs jeux. Dans l'article *Gangrène de la bouche*, du Dictionnaire en vingt et un volumes, on trouve cette remarque : qu'assez souvent les joues et le gencives se trouvent attaquées en même temps; mais il n'est pas dit si c'est par la tache indiquée par *Van-Swiëten*, ou par l'ulcération signalée par M. *Isnard*, que le mal commence; je serais tenté de croire que l'auteur admet les deux modes d'invasion.

C'est donc ailleurs que dans son début qu'il faut chercher les moyens de distinction. Cependant cette rapidité dans les progrès de la marche de la maladie, qui s'oppose souvent à ce que nous en puissions voir les premières traces, doit être elle-même signalée et opposée à la marche presque toujours chronique de la stomatite conenneuse. Qu'on ne s'en laisse pas imposer par l'aspect des parties, car souvent il est moins repoussant dans la gangrène; mais ici les tissus étant plus profondément atteints, et bientôt la joue étant prise dans toute son épaisseur, le mal se montre au dehors sous forme d'une escharre circulaire, jaune, peu étendue, qui passe bientôt au noir. Toute la joue alors est œdémateuse, rénitente; la peau, d'un rose pâle, et luisante; l'infiltration s'étend promptement aux lèvres et aux paupières; dans vingt-quatre heures peut-être tout ce côté du visage sera sphacélé. La marche n'est pourtant pas ordinairement aussi rapide : on voit des enfans qui ont perdu la plus grande partie d'une joue, continuer pendant plusieurs jours à manger de l'autre côté. M. *Bretonneau*, rappelant qu'ici la mortification a été soudaine, dit que si le

tissu a changé de couleur, il a conservé sa texture, et que sa force de cohésion n'est pas d'abord diminuée; et il conseille, comme un moyen d'exploration, d'exercer des tractions sur les parties dont l'aspect laisse des doutes; si l'on n'amène pas de couches membraneuses, s'il ne résulte de ces tractions ni douleurs, ni écoulement de sang, on doit croire qu'il y a gangrène. « Dans la diphthérie, au contraire, quelles que soient la consistance et l'épaisseur des concrétions, elles sont toujours faciles à déchirer; on peut au moins les détacher des surfaces enflammées qu'elles recouvrent, et qui laissent très-facilement transsuder du sang (1). » J'aurais, je l'avoue, plus de confiance dans le caractère tiré de l'absence des ganglions sous-maxillaires dans la gangrène, tandis qu'ils ne manquent jamais, et sont même les premiers signes appréciables dans la stomatite. Dans la première, on ne voit pas non plus le mal affectionner en quelque sorte cette partie de la joue correspondant à la ligne formée par la réunion des arcades dentaires inférieure et supérieure. A en juger par ce que j'ai eu occasion d'observer, la stomatite siègerait presque toujours à droite et la gangrène à gauche. L'odeur infecte qu'exhalent les malades dans les deux cas serait un bon moyen de diagnostic, s'il était possible de la faire connaître dans une description ou par un terme de comparaison. Ce que je puis affirmer, c'est que la différence est réelle; la coexistence assez fréquente des deux affections dans l'hôpital des Enfants permet de vérifier ce fait.

Ce serait sans doute sortir de mon sujet, que de m'étendre sur les caractères propres à faire distinguer la gangrène de la bouche des autres affections aussi gangréneuses, qui peuvent avoir le même siège (charbon, pustule maligne), puisque celles-ci ne peuvent être confondues avec la stomatite couenneuse. Qu'il me suffise de dire qu'elles commencent toujours par la peau et gagnent de dehors en dedans, tandis que les stomatites couenneuse et gangréneuse marchent toujours de dedans en dehors.

(1) Diphthérie, 125.

La maladie connue sous les noms de *muguet*, de *blanchet*, qui paraît être à la stomatite couenneuse ce que l'angine pultacée est à l'angine pseudo-membraneuse, mérite aussi d'être mentionnée. Regardée comme une sorte d'aphte par la plupart des auteurs, qui lui ont donné les noms d'*aphtha lactucimen* (SAUVAGES), *aph. infantilis* (PLENCK), *ap. lactantium* (BATEMAN); elle avait pourtant été signalée, selon M. Guersent, par *Silvius*, *Amatus Lusitanus*, comme différant des aphtes. Ce dernier, ajoute ce médecin, lui avait donné le nom de *lactamina* ou de *luctamina* (j'ai trouvé *lactucimen*), la regardant comme un produit de l'altération du lait (1). Le muguet diffère essentiellement des aphtes, en ce qu'il n'offre point les caractères d'une véritable éruption pustuleuse, et qu'il n'est point déprimé au centre. Dirai-je ici qu'on ne peut non plus lui trouver d'analogie avec le millet, exanthème cutané, puisqu'il n'est point vésiculeux? On sait qu'il consiste dans une exsudation plus ou moins abondante, qui se présente d'abord par points isolés, d'une matière blanche, susceptible de prendre des nuances diverses, occupant d'abord la face inférieure et le bord de la langue, la face interne des lèvres, et pouvant s'étendre de là aux autres parties de la bouche, au pharynx et même sur tout le tube digestif, où on le voit former des plaques qui se rapprochent, sous plusieurs rapports, des fausses membranes. Cependant ces productions diffèrent des autres, en ce qu'elles forment plutôt des espèces de croûtes, en ce qu'elles sont plus molles, et qu'elles se laissent rayer assez facilement par un corps moussé; on peut même en enlever, avec le bout du doigt, des fragmens, qui n'offrent jamais la consistance ni l'organisation des fausses membranes : elles semblent aussi se reproduire plus promptement. De plus, le muguet est une maladie, sinon particulière, du moins infiniment

(1) Je n'ai pu trouver ce passage dans l'auteur, mais on retrouve cette idée dans SAUVAGES, *Vocatur illa species lactucimen, tum quia lactantibus familiaris est, et à lacte corrupto oriri creditur, tum quia sub formâ papularum albarum fundum oris obsidet hæc efflorescentia.*

plus fréquente au premier âge ; nous avons vu que la stomatite atteint bien plus ordinairement les enfans de cinq à douze ans.

Ce qu'on avait aperçu pendant la vie se vérifie sur le cadavre de ceux qui succombent à une affection plus grave dont ils étaient en même temps atteints ; ou plutôt c'est seulement depuis que , grâce au zèle avec lequel se poursuivent les travaux d'anatomie pathologique , on a reconnu le mode et le degré d'altération qu'entraîne après elle cette maladie , que nous parvenons à l'apprécier sur le vivant et à ne plus nous en laisser imposer par l'apparence. Mais que de temps pour arriver à ce résultat ! Non-seulement la science marche lentement , mais en jetant un coup-d'œil sur l'histoire de l'anatomie pathologique , en ce qui concerne les fausses membranes , nous la voyons à chaque instant faire un pas rétrograde. Sans remonter bien haut , nous voyons qu'en 1747 (1) *Ghisi* observait , à Crémone , des concrétions dans le larynx , qu'il reconnaît bien être un produit d'exsudation , en même temps que d'autres de ses malades étaient atteints d'angines avec ulcérations des différentes parties du pharynx ; il n'avait pas découvert que ces deux maladies ne différaient qu'en raison de leur siège , mais il était sur la voie de cette vérité.

L'année suivante , au contraire , *Starr* (2) , à Liskeard , province de Cornouailles , prend un tuyau membraneux extrait de la bouche d'un enfant pour la membrane muqueuse du larynx , de la trachée-artère et des grandes divisions des bronches. En 1765 , *F. Home* (3) reconnaît à son tour , que dans la maladie que le premier il appelle

(1) Voy. Journal des progrès des sciences , t. 1^{er}. Monographie par M. *Léop. des Landes* , intitulée : Exposé des progrès et de l'état actuel de la science sur cette question : l'angine gangréneuse et le croup , considérés sous le rapport de l'état qui les constitue , sont-ils identiques ?

(2) Lettre du docteur *Starr* au docteur *Mortimer* , secrétaire de la Société royale de Londres , sur la maladie strangulatoire ; traduit par *Fr. Ructte* , 1809.

(3) Recherches sur la nature , les causes et le traitement du croup ; traduit par *Ructte* , 1809.

croup, la membrane muqueuse de ces parties n'a pas été enlevée; mais la présence des concrétions dans le larynx est pour lui un motif de regarder cette affection comme ayant en quelque sorte une essence propre, une nature particulière, différente de ce qu'on avait vu jusque-là. Son opinion sur cette spécialité est généralement adoptée, et voilà éloignée pour long-temps l'idée de l'analogie que nous connaissons maintenant (1). En 1768, *Marteau de Grandvilliers* (2) voit des tuyaux membraneux rejetés par des malades atteints d'angines malignes; à son grand étonnement, celui qui en avait rejeté la plus grande quantité ne meurt pas; cependant il demeure convaincu qu'il a vu « une exfoliation ou dépouillement de la trachée-artère... des escharres de gangrène blanche. » Enfin, en 1771, *Samuel Bard* (3), à New-York, saisit le rapport qui existe entre ces deux maladies; il voit la concrétion se prolonger de l'arrière-bouche au-delà du larynx; dans un autre cas, il parle d'un enfant qui avait éprouvé tous les symptômes de la maladie (l'angine), quoique, dit-il, les glandes de l'arrière-bouche et de la partie supérieure du larynx fussent restées entièrement saines, le mal se bornant à la trachée, qui était tapissée d'un mucus épaissi et assez coriace pour former une espèce de membrane. Mais ses observations, peu connues, sont sans résultats pour la science. Aussi la séparation opérée par *Home* n'ayant pas été démontrée fausse, on continuait à regarder les deux affections comme de nature différente : à voir une fausse membrane dans le croup, et une mortification des tissus dans l'angine dite *gangréneuse*. C'est seulement

(1) Il n'était pas possible que *Home* saisit cette analogie. En parcourant les observations qu'il a rapportées, on peut voir que chez ses malades, il n'y avait pas coexistence des deux maladies. A peine note-t-il dans la cinquième que les glandes entourant la glotte étaient couvertes d'un mucus visqueux et épais; quant aux amygdales et aux glandes de la base de la langue, on voit qu'elles étaient seulement gonflées et couvertes de mucus.

(2) Traité des maux de gorge qui ont régné à Aumale et dans les environs.

(3) Recherches sur la nature, etc., de l'angine suffocative, par *S. Bard*; traduit par *Ruelle*, 1810.

en 1818 que l'épidémie de Tours vint offrir à M. *Bretonneau* la coïncidence déjà notée par un grand nombre d'observateurs de cette angine avec les symptômes de l'affection des voies aériennes ; mais ce qui avait échappé à ses devanciers, ce qui, du moins, s'il avait été entrevu par quelques-uns, n'était point entré dans le domaine de la science, ce médecin le produisit au grand jour : ses recherches anatomiques le rendirent incontestable. Il devint impossible de nier que dans l'angine gangréneuse, aussi bien que dans le croup, le mode d'altération qui dans l'une fait croire à la mortification des parties, et dans l'autre amène la suffocation, consiste dans l'exsudation d'une matière concrescible qui se dépose sur les parois de l'organe, et s'y organise en fausses membranes. Le même observateur démontra de plus, et c'est par où je rentre dans mon sujet, qu'il ne fallait pas un désordre plus grand sur les joues, les lèvres et les gencives, pour amener les symptômes propres à faire croire à la gangrène dans la maladie décrite aujourd'hui sous le nom de *stomatite couenneuse*.

Tous ceux que j'ai vus atteint de cette affection ont guéri sans la plus légère difformité, sans la moindre apparence de perte de substance ; et ce fait m'empêche de donner des détails qui me soient propres sur le degré d'altération des tissus. Mais ne suffirait-il pas de le citer pour prouver qu'il n'y a pas eu de gangrène. Je vais, au reste, rapporter les paroles de M. *Guersent*, qui, par sa position à l'hôpital des Enfans, a pu examiner la bouche de ceux qui sont morts étant pris de ce mal. Ce professeur, après avoir parlé de la fausse membrane, rappela ses différens sièges, indiqua ses variétés d'adhérence, d'épaisseur et de consistance, ajoute (1) : « Au-dessous d'elle, la membrane muqueuse buccale est ordinairement rouge ou livide, mais parfaitement intacte ; le tissu sous-muqueux est quelquefois gonflé et gorgé de sang. » Il venait de faire observer que seulement l'épithélium avait été soulevé et déchiré peu après l'apparition des

(1) Dict. de méd., art. *Stomatite*.

plaques. Des citations de l'ouvrage de M. *Bretonneau* ne donneraient pas d'autre résultat, et c'est pour ne pas retomber dans des redites continues que je renvoie spécialement à son paragraphe 136. La même description se trouve aussi dans le Précis d'Anatomie pathologique de M. le professeur *Andral*, tom. 2, pag. 232, art. *Lésions de la bouche et du pharynx*. Je ne puis cependant passer sous silence une remarque du médecin de Tours : selon lui, quand la maladie a duré un certain temps, il se forme sur les gencives une véritable érosion qui devient de plus en plus profonde, et qui détruit lentement, mais d'une manière irrémédiable, l'adhérence de la gencive au collet de la dent (138). Les auteurs que je viens de citer ne font pas mention de cet accident. M. *Guersent*, à qui j'ai pris la liberté d'en parler, ne le nie pas, mais il le regarde comme fort rare.

Quant aux fausses membranes, on avait cru qu'elles étaient de même nature que celles fournies par les séreuses enflammées, mais en analysant les unes et les autres, on a vu, 1°. que, contrairement à l'opinion généralement reçue, ces dernières ne sont pas formées presque exclusivement d'albumine, mais qu'il y entre une assez forte proportion de fibrine; 2°. que celles fournies par les membranes muqueuses ne contiennent guère que du mucus.

J'ai déjà indiqué les différentes terminaisons possibles de la stomatite couenneuse; ce sont, la gangrène, la résolution et le passage à l'état chronique; mais toutes trois ne sont pas également probables. Si la gangrène a lieu, il est rare que ce soit après les premiers jours, qui, comme nous l'avons fait observer, sont les seuls pendant lesquels la maladie marche presque toujours avec une certaine rapidité, et s'accompagne de symptômes généraux de quelque importance; encore est-il permis de croire qu'alors les caractères de la gangrène de la bouche n'ont pas été reconnus, et qu'on a pris une affection pour l'autre. La résolution se voit assez souvent, mais elle est ordinairement partielle. Nous l'avons dit aussi, pendant que les plaques s'effacent d'un côté, elles repullulent d'un autre. Rien n'est donc plus ordinaire que cette tendance à la chronicité. Les médicamens les plus

sûrs ne réussissent souvent qu'après des applications très-nombreuses. Au reste, le pronostic, relativement à la durée de cette affection, est très-différent, selon que les cautérisations auront été faites de bonne heure, ou bien lorsque le mal sera arrivé à cette période où il semble devenir stationnaire. Dans le temps d'acuité, une ou deux applications peuvent suffire, tandis que plus tard, la tendance à la reproduction est bien plus grande. Sans doute, c'est chez des individus atteint depuis très-long-temps, et qui avaient négligé de se traiter, que M. Bretonneau a vu les ulcérations notées plus haut.

Si j'avais pris pour texte de mon travail l'angine couenneuse, j'aurais à parler ici des différentes méthodes de traitement qui ont été employées : je devrais dire que, selon les uns, la cautérisation est le moyen par excellence, celui sans lequel on ne peut guère espérer de succès ; que d'autres médecins ont cru pouvoir affirmer d'après leur expérience, fondée sur un grand nombre de faits, que les topiques caustiques étaient inutiles, et que rien n'abrégait autant la durée de la maladie que les purgatifs et spécialement la poudre de jalap, donnée à la dose d'un gros et demi (M. Menou) (1) ; qu'enfin, selon d'autres (M. Trousseau) (2), cette divergence d'opinion viendrait de ce qu'on aurait eu à traiter deux maladies différentes : d'une part l'angine couenneuse, affection qui serait d'une nature particulière ; et de l'autre, l'angine scarlatineuse, laquelle pourrait se montrer indépendamment de l'éruption dont elle prend le nom. Mais telle n'est point la tâche que je me suis imposée : dans la stomatite couenneuse, personne, que je sache, n'a nié les bons effets des caustiques, et les éloges donnés successivement à plusieurs médicamens de cet ordre ne prouvent qu'une chose, c'est qu'il faut changer le mode de vitalité des parties et non agir à l'aide d'un spécifique sur une maladie qui serait elle-même spécifique. Quoi qu'il en soit, les substances que l'on a le plus vantées sont l'acide hydrochlorique et le nitrate d'argent fondu.

(1) Revue médicale, 1829, t. 3.

(2) Archives générales de médecine, t. 21, 1829.

Le calomel et l'alun en poudre comptent aussi des succès, mais on leur reproche de pouvoir donner lieu à des accidens plus ou moins graves, si les enfans en avalent une certaine dose, ce qui est presque inévitable; d'ailleurs, agissant avec moins d'énergie, ils doivent être d'un effet moins sûr.

Le nitrate d'argent est d'un usage très-facile, et ne ferait courir le danger d'un empoisonnement qu'autant qu'il serait employé sans précautions (1). On recommande soit de le faire fondre sur l'extrémité d'un stylet d'argent, soit de se servir d'un cylindre qui ne sortira que fort peu du porte-pierre. Est-il nécessaire de dire qu'on rend son action plus marquée en mouillant un peu l'extrémité du crayon? D'un autre côté, je dois signaler les inconvéniens légers, mais réels de son emploi: le premier, auquel il me semble facile de remédier en employant une dissolution de ce sel, consiste dans la difficulté de le faire pénétrer dans toutes les sinuosités, dans les interstices des dents, ce qui n'est pas sans importance; l'autre, qui serait peu grave s'il ne se prolongeait très-long-temps, est une coloration en noir qu'acquièrent les dents lorsque la pierre les a touchées, analogue à celle qui arrive dans, les mêmes circonstances, à l'épiderme et aux ongles.

L'acide hydrochlorique (muriatique), malgré le désagrément qui résulte du dégagement de vapeurs dans la bouche lorsqu'on l'y porte en trop grande quantité, paraît mériter la préférence, en ce qu'il est rendu plus ou moins actif à la volonté de celui qui l'emploie, en ce qu'il peut être introduit aisément jusque dans la sertissure des dents, à l'aide d'un morceau de bois effilé ou d'un papier roulé, en ce qu'il a pour lui la sanction de l'expérience. *Van-swiëten* avait déjà reconnu les bons effets de cet acide, quoiqu'il regardât cette affection comme scorbutique et qu'il ne la distinguât pas de la gangrène de la bouche.

(1) Dans l'empoisonnement par le nitrate d'argent, on devrait faire prendre au malade de l'eau salée (hydrochlorate de soude) dans l'intention d'obtenir un chlorure d'argent insoluble, et par conséquent inerte.

Il dit dans le commentaire de l'aphorisme 423 : *Nisi initio compescatur hoc malum (quod spiritu salis aquâ diluto omnium certissimè fit), non tantum gingivæ, sed et genas, labia... corrumpit*, etc. On avait d'abord conseillé de ne l'employer que mêlé avec le miel rosat, dans des proportions variables, depuis moitié jusqu'à un quart; mais bientôt on a reconnu qu'il était plus avantageux de cautériser d'abord avec énergie, et l'on a employé l'acide seul et concentré. L'expérience a démontré que deux fortes applications faites à quarante-huit heures d'intervalle avaient un succès bien plus marqué que si on les faisait beaucoup plus fréquentes, mais plus faibles : quant au mode d'application, il consiste à porter, comme nous l'avons dit, l'extrémité fine d'un morceau de bois ou d'un papier roulé dans les parties sinueuses, après l'avoir trempé dans l'acide; pour les surfaces plus larges, à se servir d'un pinceau fait avec de la charpie ou de l'éponge. Dirai-je qu'il ne faut laisser sur le pinceau qu'une petite proportion de liquide, pour éviter qu'il n'en tombe quelques gouttes sur les parties saines?

Au reste, la préférence à accorder à un médicament n'est pas exclusive. Ici, comme dans beaucoup d'autres cas, on se trouve souvent bien d'employer successivement des topiques variés. C'est surtout lorsque des cautérisations trop timides auraient laissé passer la maladie à cet état presque chronique, vers lequel elle a une si grande tendance, qu'il serait utile d'avoir recours à un moyen nouveau.

L'engorgement des glandes lymphatiques sous-maxillaires est un phénomène ordinaire, qui, par conséquent, ne doit point inspirer d'inquiétude; mais si ces organes devenaient le siège d'une douleur assez vive à la pression, surtout si elle devenait pulsative, si déjà l'on pouvait apprécier au tact un léger degré de ramollissement, on devrait se hâter d'appliquer des sangsues en nombre proportionné à l'âge du sujet; puis des cataplasmes émolliens et maturatifs, lorsqu'on désespérerait d'obtenir la résolution. Le traitement général est plus hygiénique que pharmaceutique : soustraire le malade au foyer du mal, éviter les écarts de régime, insister sur la diète et les bois-

sons rafraîchissantes ou émollientes , lorsqu'il existe un état fébrile , telles sont les indications à remplir. Chaque complication exigerait un traitement particulier que je ne saurais indiquer ici.

Puisque j'ai donné quelques détails sur la stomatite mercurielle , ce n'est pas un hors d'œuvre de rappeler les bons effets obtenus des purgatifs et des gargarisme faits avec le borate de sodes.

La gangrène de la bouche laisse peu d'espoir de succès , surtout dans les hôpitaux ; cependant on a plusieurs fois réussi à arrêter ses progrès à l'aide du cautère actuel rougi à blanc. *M. Marjolin* cite trois guérisons obtenues dans sa pratique. La première est celle d'une petite fille de quatre ans , chez qui la gangrène occupait la moitié supérieure d'une grande lèvre de la vulve. (On sait que cette maladie affecte assez souvent ces parties chez les jeunes filles , avec les mêmes caractères de développement , d'aspect et de terminaison.) Il parvint à borner le mal en enlevant l'escharre avec le bistouri , en remplissant l'excavation produite avec de la charpie fortement saupoudrée de pierre infernale , qu'il enleva trois heures après ; il pansa ensuite avec l'onguent styrax. Chez le deuxième malade , on appliqua avec succès le fer rouge sur la joue. Enfin le troisième fut guéri à l'aide du chlorure de soude , appliqué à des intervalles très-rapprochés. (Dict. de méd. , art. *Gangrène de la bouche*.)

Enfin , dans le muguet , rien de meilleur que d'introduire dans la bouche , à l'aide de pinceaux de charpie , de seringues à injections , ou de gargarismes , si l'âge du malade le permet , des substances adoucissantes , mucilagineuses , comme les infusions et décoctions de mauve , de guimauve , de graines de lin , de pépins de coings , etc. , seules ou coupées avec le lait. Il sera bon , dans la première période , de n'y mettre ni sucre , ni sirop , au moins d'exclure le miel rosat ou autre , car ces substances dessèchent et échauffent la bouche. Plus tard , lorsque les croûtes sèches et épaisses tapissent toute cette cavité , et la forcent à rester constamment ouverte , on devra faire un fréquent usage des mêmes substances , auxquelles on mêlera un quart de la liqueur de *Labarraque*. *M. Guersent* préfère ce moyen au sulfate

de zinc et au sous-borate de soude. Ce traitement devrait être rendu général, si le mal occupait une certaine étendue du tube digestif. La diète alors devrait être absolue; des lavemens d'abord mucilagineux, puis détersifs, seraient administrés; on les rendrait légèrement narcotiques, s'il y avait du dévoiement; *Henker* conseillait alors l'acétate de plomb.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

(*edente* DE MERCY).

I.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect. 1, aph. 8.*

II.

Non satietas, non fames, neque aliud quicquam bonum est, quod naturæ modum excedat. *Sect. 2, aph. 4.*

III.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter. *Sect. 2, aph. 7.*

IV.

A longo tempore consueta, etiamsi fuerint deteriora, insuetis minus turbare solent; oportet igitur etiam ad insolita se vertere. *Ibid., aph. 50.*

V.

Sed et si quid doluerit ante morbum, ibi se figit morbus. *Sect. 4, aph. 33.*

VI.

Frigida, vel ut nix, glacies, pectori inimica; tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt. *Sect. 5, aph. 24.*